

Cuidados Paliativos no acompanhamento de pacientes com Câncer

Rafael Barone de Medeiros

OBJETIVO

- Abordar os princípios da medicina paliativa
- Afirmar a necessidade do trabalho em equipe
- Alertar para detecção precoce da dor e outros sintomas
- Fornecer informações para manuseio seguro dos opióides
- Apontar detalhes importantes sobre a morte no domicílio

A MORTE

“Morrer pertence à vida, assim como nascer. Para andar, primeiro levantamos o pé e, depois, o baixamos ao chão (...) Algum dia saberemos que a morte não pode roubar nada do que nossa alma tiver conquistado, porque suas conquistas se identificam com a própria vida”

Rabindranath Tagore

(1861-1941)

HISTÓRIA

- Enfermeira e assistente social, inconformada com o sofrimento dos moribundos, encarregou-se de cuidar dos mesmos. Estudou medicina, se formou aos 40 anos, e tornou-se defensora dos cuidados no final da vida



(1918-2005)

Cicely Saunders

HISTÓRIA

- 1987- Medicina Paliativa como especialidade médica na Inglaterra
 - 1988- Nova Zelândia e Austrália
 - 2005- Fundada a ANCP
 - 2009- Novo código de ética médica
 - 2011-Área de atuação (CFM) Resolução 1973/2011
- Clínica médica, cancerologia, geriatria e gerontologia, medicina de família e comunidade, pediatria e anestesiologia

CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA

Capítulo I - Princípios Fundamentais

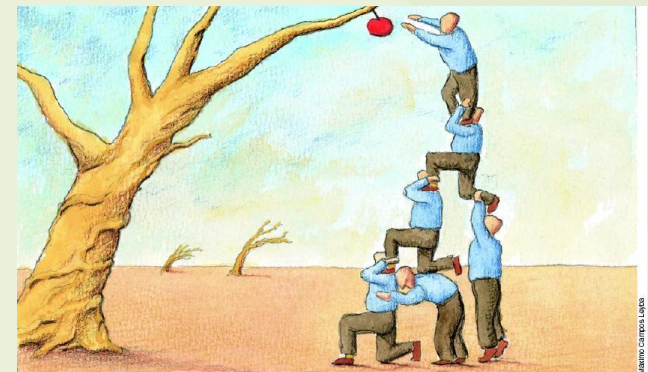
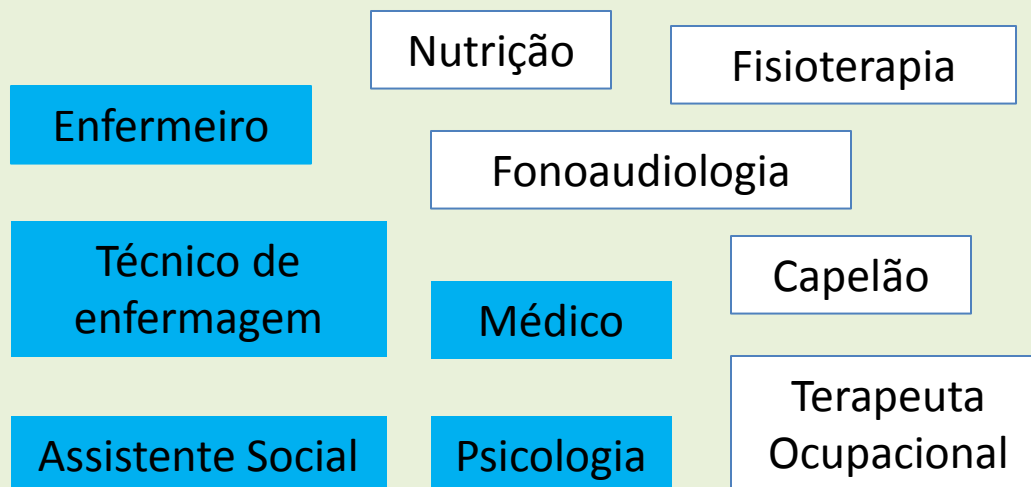
- XXII - Nas situações clínicas irreversíveis e terminais, o médico evitará a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos desnecessários e propiciará aos pacientes sob sua atenção todos os cuidados paliativos apropriados

DEFINIÇÃO

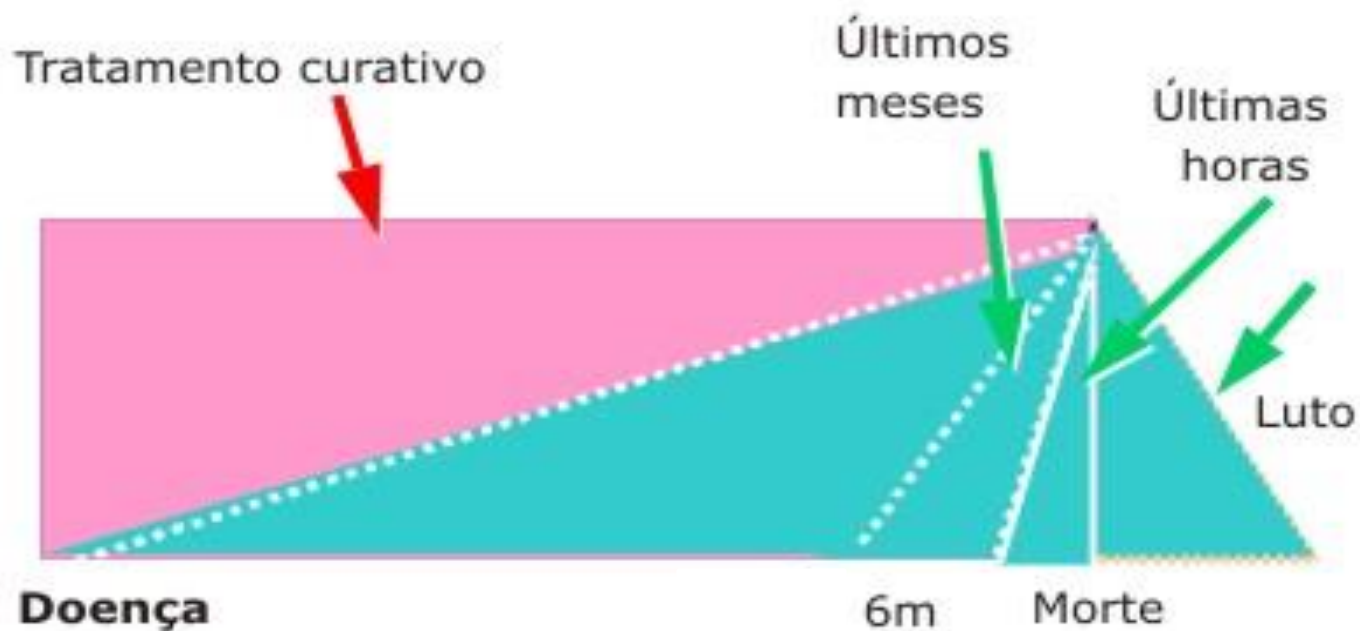
“Cuidado Paliativo é a abordagem que promove qualidade de vida de **pacientes e seus familiares** diante de doenças que ameaçam a continuidade da vida, através de prevenção e alívio do sofrimento. Requer a identificação precoce, avaliação e **tratamento impecável da dor** e outros problemas de **natureza física, psicossocial e espiritual.**”

EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

- Para ajudar o paciente a adaptar-se as mudanças de vida impostas pela doença e promover a reflexão necessária para o enfrentamento desta condição nova...



EM QUE MOMENTO INICIAR O CUIDADO PALIATIVO

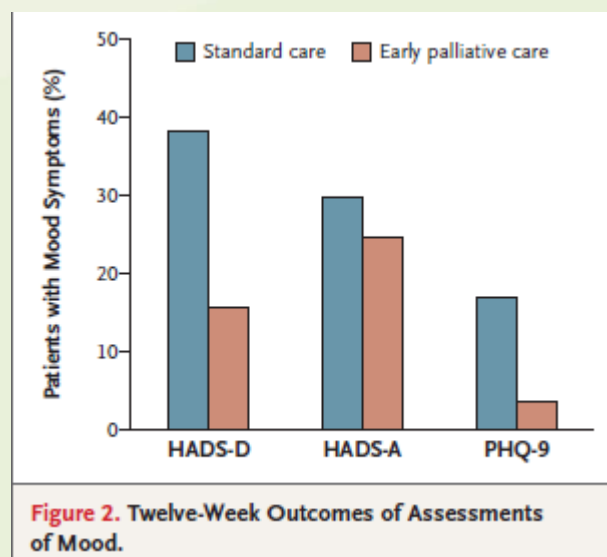


CUIDADOS PALIATIVOS

ORIGINAL ARTICLE

Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non-Small-Cell Lung Cancer

N ENGL J MED 363;8 NEJM.ORG AUGUST 19, 2010

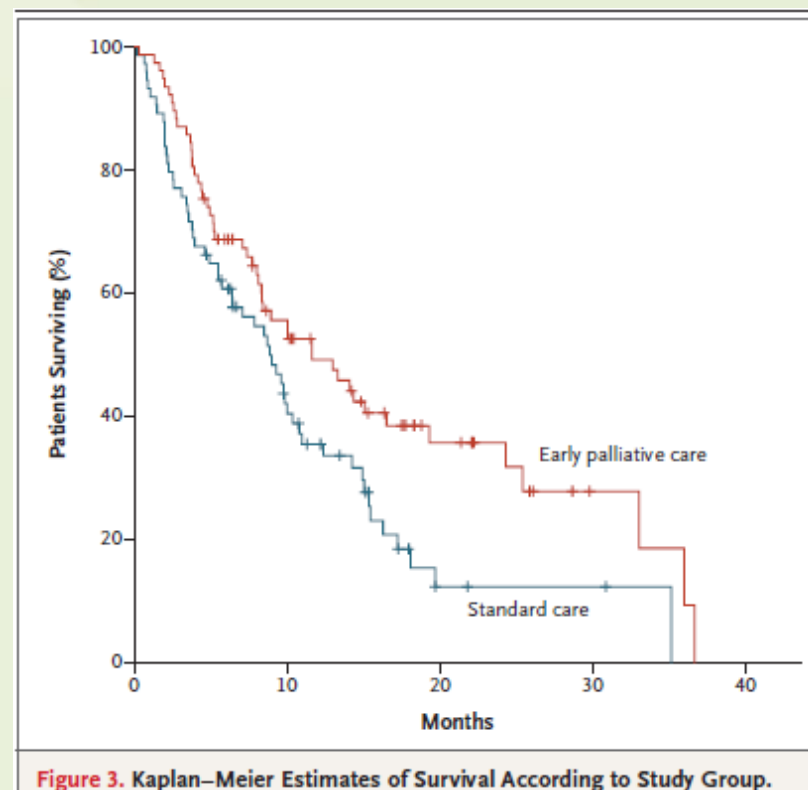


Receberam menos terapia agressiva no final da vida

Desfecho primário: QV + Humor

Standard Care
(N=74)

Early Palliative Care
(N=77)



(11.6 months vs. 8.9 months, $P=0.02$).

PRINCÍPIOS

- Controlar sintomas
- Afirmar a vida e considerar a morte um processo natural
- Não acelerar nem adiar a morte
- Integrar os aspectos psicológicos, espirituais e sociais no cuidado
- Oferecer um sistema capaz de dar vida digna ao enfermo e familiares

CENÁRIO ATUAL

Figure 5

Distribution of adults in need of palliative care at the end of life by disease groups

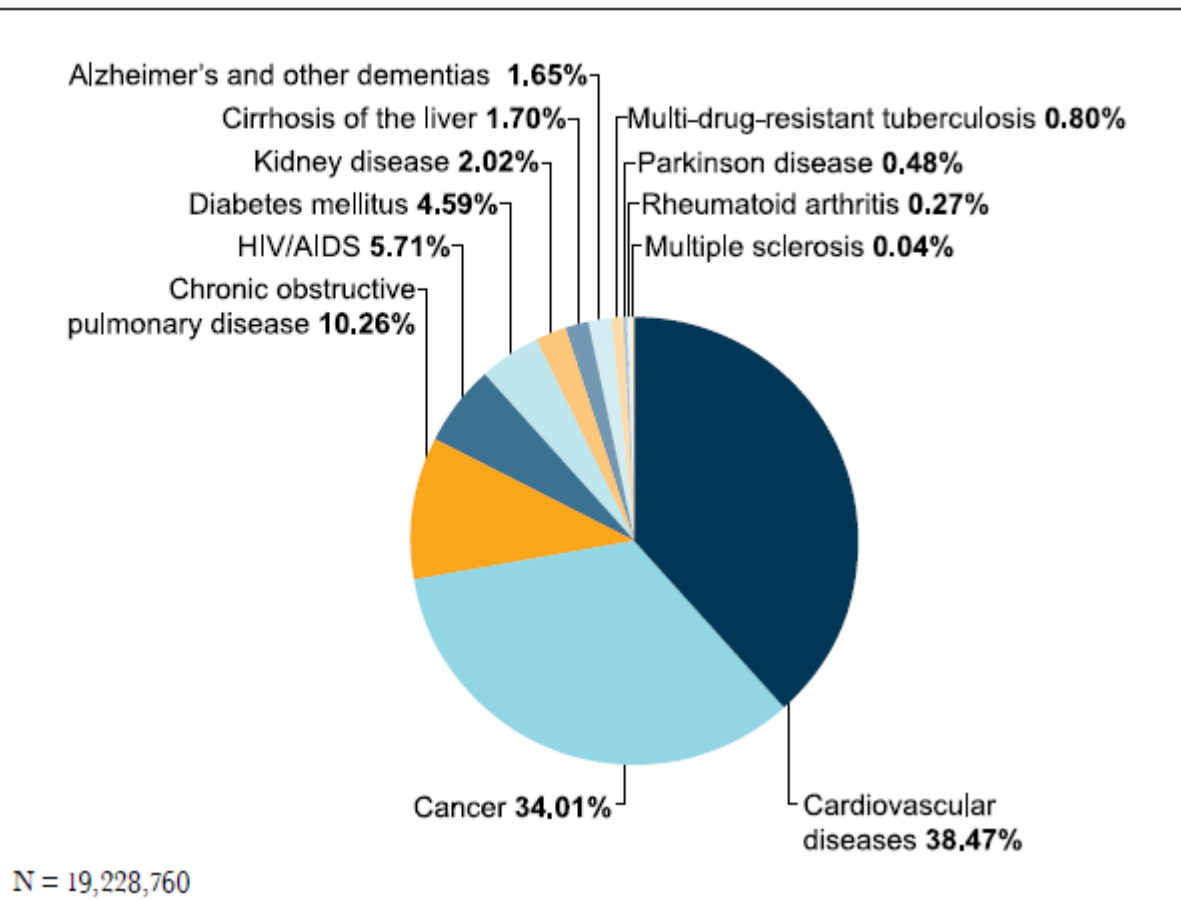

wpcap



Global Atlas of Palliative Care at the End of Life



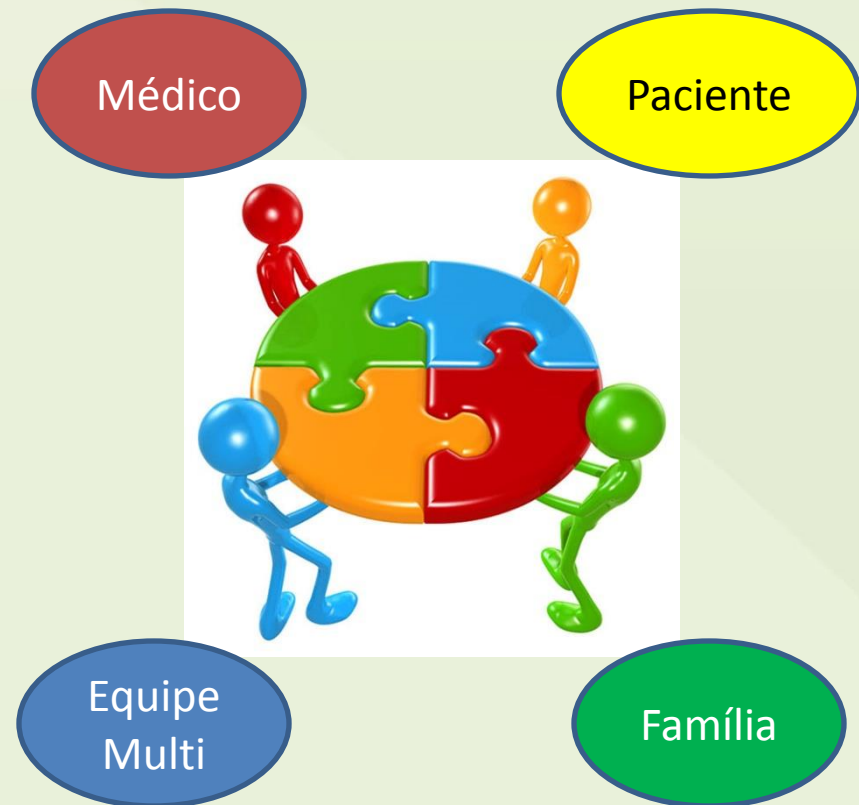
January 2014



OMS, 2014

O TRABALHO COMEÇA COM A COMUNICAÇÃO

- Verdade (conspiração do silêncio)
- Ouvir (antes de falar, pergunte)
- Ter sensibilidade para esperar o momento certo
- Manter a esperança e respeitar as metas realistas
- Planejar Conferência Familiar



PACIENTE-CUIDADOR

- As doenças sem possibilidade de cura em estágio avançado têm **grande impacto** na vida do **paciente e de seu entorno**, modificando a estrutura e a dinâmica da família envolvida

Com a intensificação dos sintomas e o avanço da doença, aumenta a **sobrecarga do cuidador** → desgaste físico e emocional



AVALIAÇÃO DO PACIENTE EM CUIDADOS PALIATIVOS

- **Quem é** a pessoa doente? Facilita identificar preferências e dificuldades
- Ter entendimento da **cronologia da evolução** da doença e **tratamentos** já realizados, as **necessidades atuais** e os **sintomas**
- Elaborar o prognóstico

PROGNÓSTICO - ELABORAÇÃO

- Experiência profissional
- Evolução natural da doença
- Exame físico
- Alterações laboratoriais
- Sintomas
- Alterações nutricionais
- Funcionalidade



ESCALA DE PERFORMANCE PALIATIVA

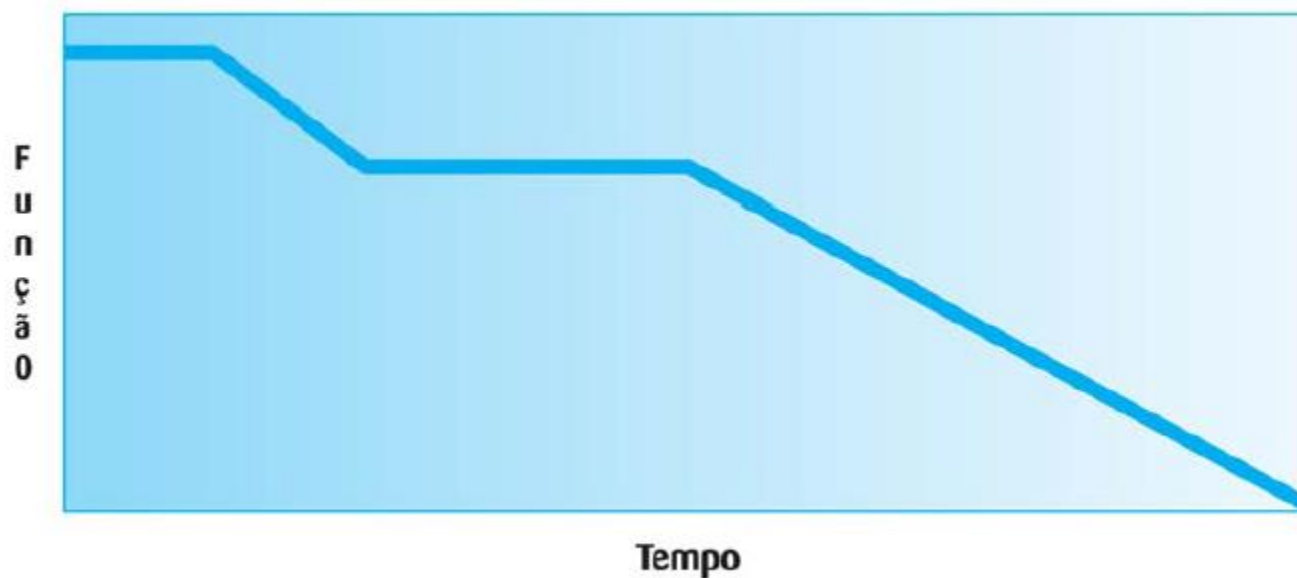
Quadro 1 – Palliative Performance Scale (PPS)

%	Deambulação	Atividade e evidência de doença	Autocuidado	Ingesta	Nível da consciência
100	Completa	Atividade normal e trabalho, sem evidência de doença	Completo	Normal	Completo
90	Completa	Atividade normal e trabalho, alguma evidência de doença	Completo	Normal	Completo
80	Completa	Atividade normal com esforço, alguma evidência de doença	Completo	Normal ou reduzida	Completo
70	Reduzida	Incapaz para o trabalho, doença significativa	Completo	Normal ou reduzida	Completo
60	Reduzida	Incapaz para <i>hobbies</i> / trabalho doméstico, doença significativa	Assistência ocasional	Normal ou reduzida	Completo ou períodos de confusão
50	Maior parte do tempo sentado ou deitado	Incapacitado para qualquer trabalho, doença extensa	Assistência considerável	Normal ou reduzida	Completo ou períodos de confusão
40	Maior parte do tempo acamado	Incapaz para a maioria das atividades, doença extensa	Assistência quase completa	Normal ou reduzida	Completo ou sonolência, +/- confusão
30	Totalmente acamado	Incapaz para qualquer atividade, doença extensa	Dependência completa	Normal ou reduzida	Completo ou sonolência, +/- confusão
20	Totalmente acamado	Incapaz para qualquer atividade, doença extensa	Dependência completa	Mínima a pequenos goles	Completo ou sonolência, +/- confusão
10	Totalmente acamado	Incapaz para qualquer atividade, doença extensa	Dependência completa	Cuidados com a boca	Sonolência ou coma, +/- confusão
0	Morte	—	—	—	—

Fonte: Victoria Hospice Society. J Pall Care, v. 9, n. 4, p. 26-32. Tradução livre de Maria Goretti Maciel/ Ricardo Tavares de Carvalho.

CURVA EVOLUTIVA

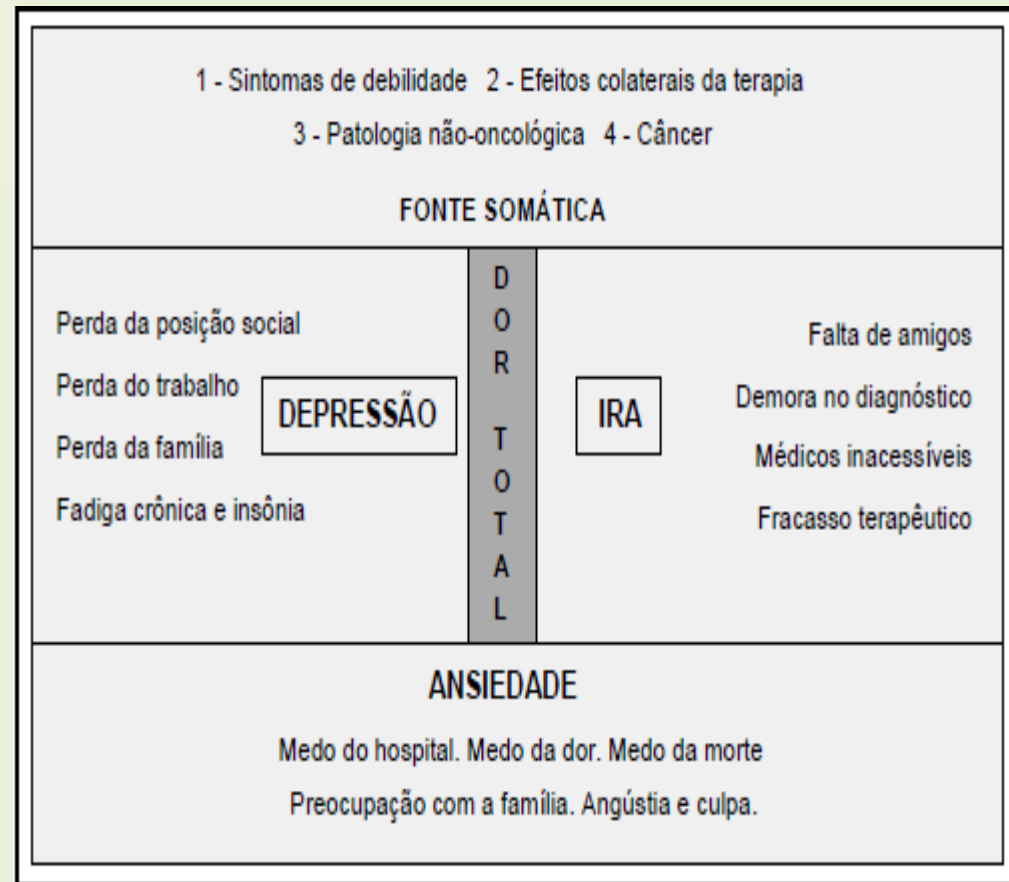
Figura 1 – Pacientes com Câncer



Lynn and Adamson, 2003. Modificado Maciel, MG

ALIVIAR O SOFRIMENTO

- O sofrimento físico é uma **emergência** médica em cuidados paliativos
- Devemos a todo custo **combater a dor física e a DOR TOTAL**



INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO

Quadro 2 – Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (ESAS)

Avaliação de sintomas:

Paciente:

Registro:

Preenchido por: _____

Data:

Por favor, circule o nº que melhor descreve a intensidade dos seguintes sintomas neste momento (também se pode perguntar a média durante as últimas 24 horas).

Sem dor	0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10	Pior dor possível
Sem cansaço	0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10	Pior cansaço possível
Sem náusea	0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10	Pior náusea possível
Sem depressão	0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10	Pior depressão possível
Sem ansiedade	0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10	Pior ansiedade possível
Sem sonolência	0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10	Pior sonolência possível
Muito bom apetite	0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10	Pior apetite possível
Sem falta de ar	0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10	Pior falta de ar possível
Melhor sensação de bem-estar possível	0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10	Pior sensação de bem-estar possível
Outro problema	0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10	

Fonte: Regional Palliative Care Program, Capital Health, Edmonton, Alberta, 2003.
Traduzido e adaptado ao português por Neto, IG. 2006.

DEFINIÇÃO DE DOR

- Uma experiência sensitiva e emocional desagradável, associada a dano real ou potencial dos tecidos

Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP)

- Aguda X CRÔNICA

CAUSAS DE DOR NO PACIENTE ONCOLÓGICO

- **Dor por infiltração direta**

Óssea, visceral, neural e vascular

- **Dor relacionada com o tratamento**

Pós Operatório, pós RDT, pós Quimioterapia

- **Dor não relacionada com a doença**

Artrite, artrose, neuropatia diabética...

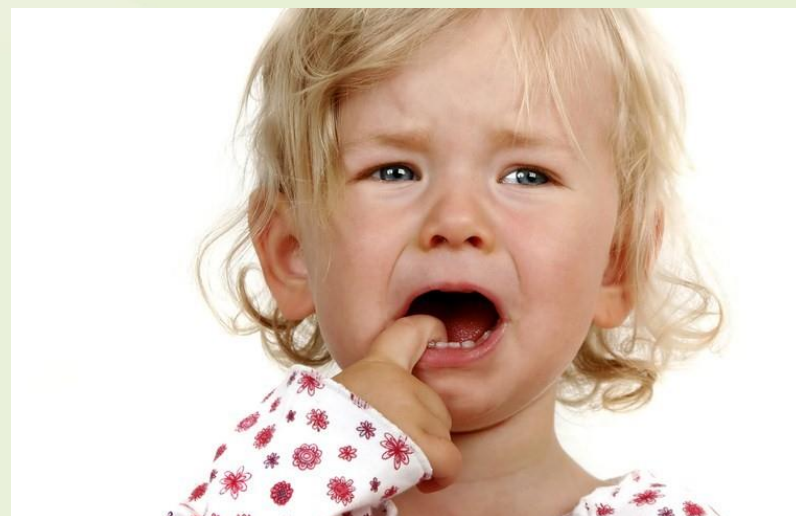
AVALIAÇÃO DA DOR

- Intensidade
- Duração
- Características físicas
- Ritmo
- Fatores desencadeantes e atenuantes
- Interferência no sono, apetite, atividade física, concentração, emoção e nas relações sociais



Atenção especial deve ser dada ao paciente **idoso** e aos portadores de demência

AVALIAÇÃO DA DOR



TIPOS DE DOR

DOR NOCICEPTIVA

1- SOMÁTICA: meta óssea, infiltração muscular e partes moles ...

2- VISCERAL: metástase hepática ...

DOR NEUROPÁTICA

neuralgia pós herpética

neuropatia diabética

neuralgia do trigêmeo

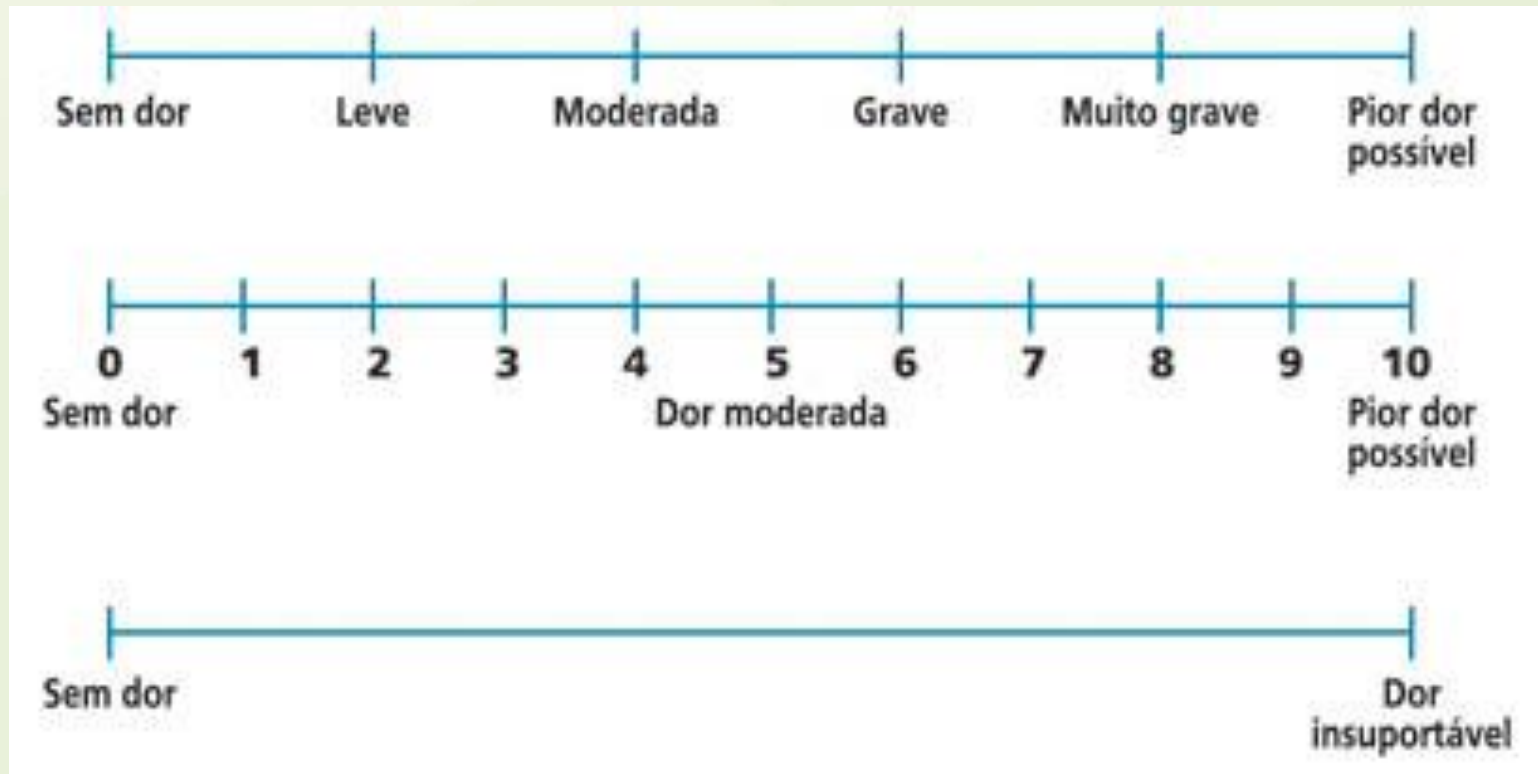
neuralgia induzida por quimioterapia

...



MISTA

ESCALAS DE AVALIAÇÃO



ESCADA ANALGÉSICA



OPIÓIDES FRACOS

CODEINA

- 7,5mg, 30mg, 50mg, 60mg, 3mg/ml, associações
- **Dose máxima 360mg/dia**
- Intervalos de 4-6h
- Potente antitussígeno e tem forte ação constipante
- 10% da população não converte a droga em morfina

TRAMADOL

- 50 ou 100 mg/ml (25 gotas), comprimidos de liberação imediata de 50 e 100 mg, comprimidos de liberação lenta de 100 mg ou ainda comprimidos de 37,5 mg, associado a 325 mg de paracetamol
- **Dose máxima 400mg**
- Intervalos 6h
- Pode diminuir o limiar convulsivo
- Náuseas

OPIÓIDE FORTE



Apresentações:

Comprimidos de ação rápida: 10mg e 30mg

Comprimidos de ação longa

Ampolas: 2mg/ml, 10mg/ml

Solução oral: 10mg/ml

Não existe efeito teto

Baixo custo

Diversas apresentações e vias de administração

Intervalos a cada 4 horas (se $ClCr > 50 \text{ ml/min}$)

Atua no controle da dispnéia

DÚVIDAS FREQUENTES

- **Morfina causa depressão respiratória?**

Quando **titulada** os pacientes desenvolvem rapidamente tolerância aos efeitos respiratórios da morfina.

- **Morfina acelera a morte?**

Não há qualquer evidência de que a dosagem apropriada de morfina para analgesia prolongue a vida ou acelere a morte.

- **Morfina transformará o paciente em um “zumbi”?**

Quando **titulada** para o alívio da dor, morfina não produz excesso de sedação, exceto nos **poucos primeiros dias** de tratamento.

EFEITOS ADVERSOS DOS OPIÓIDES

SISTEMA	SINTOMAS
Cognitivos	Sonolência , sedação, confusão mental , disforia
Digestivos	Xerostomia, constipação , náuseas e vômito
Neurovegetativos	Rubor facial, bradicardia e hipotensão postural
Urológicos	Urgência miccional, retenção , redução libido
Tolerância	Necessidade de ajustes periódico
Dependência e Vício	Dependência Física (Sd. de Abstinência) Dependência Psíquica (Raro nos doentes que utilizam para alívio da dor)

SELECIONAR E TITULAR

→ Iniciar com morfina por VO, 10mg de 4/4h e resgate de 10% da dose diária total, podendo repetir a cada hora até alívio da dor. Recalcular dose no dia seguinte somando os reforços e redistribuindo nas tomadas. Após estabilização da dor **avaliar** a possibilidade de conversão para morfina de liberação controlada.

SELECIONAR E TITULAR

- Surgimento de efeitos adversos não tolerados?
- Reduzir dose em 50% a cada dois dias ou utilizar outro opióide em dose equivalente.

Necessidades maiores de medicação
pode não ser tolerância, mas sim
progressão de doença

EQUIPOTÊNCIA ANALGÉSICA

Quadro 5 – Fatores de conversão de opioides e/ou via de administração⁽¹⁷⁾

Droga	Droga	Regra
De.....	Para.....	
Codeína oral	Morfina oral	Dividir por 10
Tramadol oral	Morfina oral	Dividir por 5
Tramadol parenteral	Morfina parenteral	Dividir por 10
Morfina oral	Morfina subcutânea	Dividir por 2
Morfina oral	Morfina endovenosa	Dividir por 3
Morfina oral	Fentanil transdérmico	Dividir por 3

PEREIRA, J. L. Gestão da dor oncológica. In: BARBOSA A.; NETO, I.
Manual de cuidados paliativos.
Lisboa, 2006. p. 61-113

RODÍZIO DE OPIÓIDES

- 10-30% dos pacientes demonstram resposta pobre;
- Efeitos adversos intoleráveis devem receber tratamento efetivo para tratar ou prevenir e somente na falha desta intervenção optar pelo rodízio;
- **Outras indicações:**
 - Alucinação, falha cognitiva, mioclonias e náuseas além de dor não controlada.

PARA UMA BOA ADESÃO

- É preciso conscientização do paciente e da família;
- **Desfazer mitos (farmacodependência);**
- Reavaliar frequentemente;
- Assegurar-se da disponibilidade / acesso;
- Utilizar posologia cômoda e simples;
- Tratar os eventos adversos de maneira **proativa**;
- Utilizar medidas não farmacológicas.

DROGAS DE LIBERAÇÃO PROLONGADA

- Tramadol de liberação prolongada

Tramal[®] Retard 100mg. Uso 12/12h

- Morfina de liberação controlada

Dimorf[®] LC -30, 60 e 100 mg. Uso 12/12h

- Oxycodona de liberação controlada

Oxycontin[®] 10, 20 e 40 mg. Uso 12/12h

- Fentanil transdérmico

Durogesic[®] D-Trans 12, 25, 50, 75, 100 mcg/h a cada 3 dias

DOR NEUROPÁTICA

- As drogas de **primeira linha** para tratamento da dor neuropática são: lidocaína transdérmica (quando a área afetada for pequena); antidepressivos tricíclicos (amitriptilina, nortriptilina); anticonvulsivantes (gabapentina, pregabalina, carbamazepina).
- Na dor mista, o tratamento ganha sinergismo quando acrescido de opióides com ação na dor neuropática (oxicodona, metadona, tramadol).

CASO CLÍNICO

- Masculino, 80 anos, mora a 100km de distância do CACON, casado, 1 filho, católico
- CA de próstata diagnosticado em 2004
- Progressão de doença em osso e queda de performance com tratamento oncológico atual
- Paciente e familiares desgastados, optam por cuidados paliativos exclusivos

CASO CLÍNICO

- Primeira consulta no serviço de cuidados paliativos com PPS de 50%, acolhidas as demandas do paciente e familiares, elaborado tratamento sintomático e encaminhado para UBS do seu município com Resumo Médico e telefone de contato do Serviço de Cuidados Paliativos

CASO CLÍNICO

- Prescrição médica:
- Codeína 30mg + Paracetamol 500mg 1cp a cada 4 horas;
- Metoclopramida 10mg 1cp a cada 8horas por 3 dias, após, administrar (se necessário);
- Nimesulida 100mg dar 1cp a cada 12horas por 10 dias;
- Haloperidol 2mg/ml dar 10gts se confusão mental.

CASO CLÍNICO

- Prescrição médica:
- Óleo mineral 10ml a cada 8 horas;
- Picossulfato de sódio 10gts à noite;
- Orientado dose de reforço 40minutos antes de ser transportado para casa.

CASO CLÍNICO

- Recebeu a primeira visita da equipe de saúde já na primeira semana e paciente sem demandas físicas
- Na reavaliação de 30 dias paciente já se encontrava acamado e com dores ósseas difusas, e pobre resposta as medicações e aos resgates, além de insônia, irritabilidade e anorexia
- Que conduta tomar?

CASO CLÍNICO

- Qual sintoma abordar primeiro?
- Qual o próximo analgésico?
- Usar adjuvantes?

CHECK LIST DA DOR

- Dor é o que o paciente diz ter;
- Diferenciar entre dor nociceptiva ou neuropática;
- Observar sintomas indiretos de dor em paciente acamado, espástico e incapaz de se comunicar;
- Pontuar a dor (EVA);
- Prescrever medicações de acordo com a **escada analgésica**;
- Prevenir os efeitos colaterais (ATENÇÃO AOS DETALHES);
- Prescrever e orientar sobre as **doses de reforço**;
- Adjuvantes;
- Via oral sempre que possível;
- Explorar a **DOR TOTAL**.



A MORTE NO DOMICÍLIO

- O domicílio costuma ser o local de preferência dos pacientes e familiares para cuidados no final da vida;
- Necessita de orientação quanto à evolução da doença e quais sintomas e complicações podem ocorrer e o que fazer quando isto acontecer;
- Porém com a progressão da doença e/ou desgaste do cuidador, a preferência para o local de morte pode mudar.

REDE DE APOIO

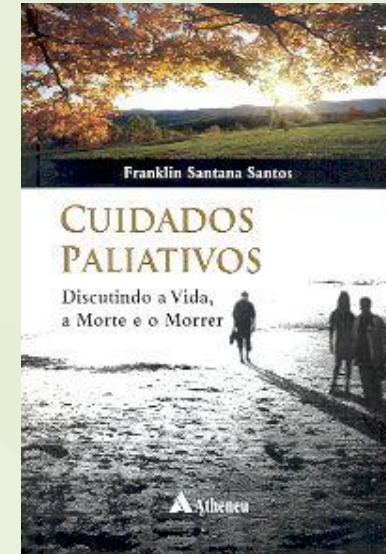
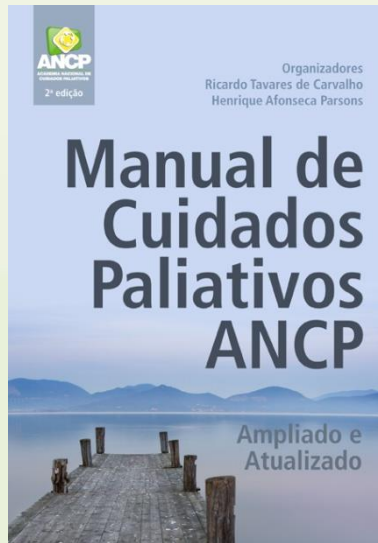
Difícil controle dos sintomas → internação hospitalar no final da vida **DISPNEIA / SANGRAMENTO / DELIRIUM**

- Contato telefônico 24h
- Atendimento de Urgência
- Transporte
- Vagas disponíveis para internação

CONCLUSÃO

- O Cuidado Paliativo inclui o familiar no plano terapêutico, ultrapassa a esfera física do cuidado, trabalha em equipe e permanece cuidando após a morte;
- Deve ser iniciado sempre que possível no diagnóstico, ao mesmo tempo em que se traça conduta prolongadora de vida;
- A utilização de escalas de sintoma e funcionalidade devem ser estimuladas.

LEITURA E LINKS



www.paliativo.org.br
www.who.int
www.hospicecare.co
www.eapcnet.eu

